

前回検討会（第3回9月4日）における主な意見

1. 医療被ばくの適正管理のあり方について

<神田構成員の資料説明より>

- 国連科学委員会（UNSCEAR）によると、日本の医療被ばくは医療先進国と比較して多い。
- 放射線防護の原則は「正当化」「防護の最適化」「線量限度の適用」である。日本には、医療被ばくの正当化や最適化を推進する法令は明確に存在していない。ヨーロッパでは法的拘束力を有する欧州連合指令により推進されている。
- 国際原子力機関（IAEA）の国際基本安全基準（BSS）では「医療被ばくに関する記録を、規制当局が指定した期間、保管し、利用可能にしなければいけない」としている。
- 国際放射線防護委員会（ICRP）及びIAEAのBSSでは、放射線防護の最適化の有効な方策として、診断参考レベルの利用を推奨しているが、その設定のためには、国や地域ごとに線量データを調査する必要がある。
- 全国の線量情報を収集する場合、医療現場の負担を減らすためには、放射線検査を実施するごとに線量情報を自動的に収集する基盤整備が必要ではないか。
- 照会ガイドラインは欧米等で医療被ばくを正当化する根拠として用いられているが、各国の医療実態を鑑みたものである必要があり、欧米のガイドラインをそのまま日本で使用することは難しい。また、日本において照会ガイドラインを作成するには、検査の適性の根拠となる文献情報を収集し、専門家の意見を集約する必要がある。
- 診断参考レベルや照会ガイドラインが作成されたとしても、それを広く普及させるためには、推進方策が必要である。
- 医療被ばく防護に関する方策の効果を確かめるためには、まず医療被ばくの実態を把握するべきである。
- 日本では、医療被ばく防護の取組の前提として、まず、患者の個人線量の記録と保管を義務化するべきではないか。
- 個人線量の記録については、産業界の取組によって線量の測定、記録及び集計機能を放射線検査に用いる医療機器に組み込むことができれば、医療現場の負担が少なくなり実施が可能になるのではないか。

<構成員からの意見>

- 国が実態を把握することが第一の出発点ではないか。UNSCEARではグローバルサーベイとして、医療被ばくの実態の報告を国連加盟国各国に対して求めており、まずはこの報告に見合った医療被ばくの実態データが必要なのではないかと感じている。
- 照射線量ではなく、実際に患者が被ばくした線量を記録して、データを

収集することが重要ではないか。また、照会ガイドラインの一環として、日本医学放射線学会では画像診断ガイドラインをエビデンスベースで作成中である。

- 診断参考レベルに採用されている値の記録を義務づけることができれば、日本の診断参考レベルの改定に役立てられるのではないか。
- 医療被ばくを評価できるソフトウェアの開発が進んでいるが、患者の被ばく線量を記録する際に使用できるかについては社会的な議論が必要ではないか。
- マイナンバー制度を個人の医療被ばく線量の管理に利用することはどうか。
- 医療現場で患者の被ばく線量を記録する際は、現場の負担削減も考慮するべきではないか。
- 放射線治療で受ける被ばく線量は、診断における線量と比較して大きい場合、どのように評価すべきか、検討が難しい状況である。

2. 放射性医薬品を投与された患者の退出基準等について

<現在の退出基準について>

- 日本の放射線治療に関する退出基準は、厳し過ぎるのではないか。
- 放射性医薬品を投与された後に亡くなられた方の火葬について、公衆の被ばくへの影響が小さいことは明白であるが、それを明示的に示すことは必要ではないか。

<退出基準の見直しについて>

- 一般公衆の線量限度が担保されるのであれば、退出基準を合理的な数値にすることはあり得るのではないか。
- 退出基準の数値について、今後、実測データも使用して見直しを行うことはあり得るのではないか。
- 子供が放射性医薬品を投与された患者から受ける被ばくは、子供の受ける利益が多くないため、病人を訪問する子供の線量拘束値は一般公衆の線量限度に合わせてもよいのではないか。

<ヨウ素125シードを永久刺入された患者の退出基準について>

- ヨウ素125シードの永久刺入による前立腺がんの治療は、欧米では日帰りが可能な治療となっている。一方、日本では通知により入院が必要とされており、厳しい退出基準があるために、患者に永久刺入できる個数に限界がある。前立腺肥大により前立腺が大きい患者には適用できず、男性ホルモンを使って小さくする等、何カ月か待たなければ治療できない現状であり、欧米とはかけ離れた現状がある。